Załącznik nr 4

INDYWIDUALNY PROGRAM USAMODZIELNIENIA

Podstawa prawna:

1. ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 163),
2. rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie udzielania pomocy na usamodzielnienie, kontynuowanie nauki oraz zagospodarowanie (Dz. U. z 2012 r., poz. 954);

Dane osoby usamodzielniającej się.

Pan/i .............................................................................................................................................

Data urodzenia ..................................... miejsce urodzenia ........................................................

Imiona rodziców ........................................................................................................................

Aktualny adres zamieszkania......................................................................................................

......................................................................................................................................................

Adres zamieszkania przed umieszczeniem w placówce lub rodzinie zastępczej ......................................................................................................................................................

**PODEJMOWANE DZIAŁANIA:**

**1. Współdziałanie i wspieranie osoby usamodzielnianej w kontaktach z rodziną
i środowiskiem**

Osoby wspierające usamodzielnianego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko/adres zamieszkania | Pokrewieństwo | Zakres oczekiwanej pomocy | Termin realizacji |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Wykaz instytucji i/ lub organizacji , z którymi osoba usamodzielniana zamierza podjąć współpracę i w jakim zakresie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa instytucji/organizacjiAdres siedziby | Zakres współpracy lub oczekiwanej pomocy | Termin realizacji |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Uzyskanie wykształcenia zgodnego z możliwościami i aspiracjami osoby**

 **usamodzielnianej**

Posiadane wykształcenie**:**

□ podstawowe □ gimnazjalne □ zawodowe

Obecnie kontynuuję naukę?

🗆 Nie 🗆 Tak

Nazwa i adres szkoły, rok / semestr …………………………………………………………..

Zamierzam nadal kontynuować naukę, zdobywać kwalifikacje zawodowe?

🗆 Nie 🗆 Tak

Rodzaj szkoły/uczelni/ kursów i od kiedy ……………………………

…………………………………………………………………………………………………

Termin realizacji ........................................................................................

1. **Uzyskanie kwalifikacji zawodowych**

**Posiadane kwalifikacje zawodowe ( kursy, szkolenia):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa, rodzaj****( kwalifikacji)** | **Zdobyte uprawnienia** | **Data otrzymania** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Planowane uzyskanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych ( kursy, szkolenia)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa, rodzaj****( kwalifikacji)** | **Rodzaj uprawnienia** | **Data rozpoczęcia i zakończenia pozyskiwania kwalifikacji** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego**

□ ubezpieczenie w szkole w okresie od……… do…………

□ rejestracja w Urzędzie Pracy w okresie od ………….. do…………..

□ przez członka rodziny w okresie od ……………. do………………

 ( matka, ojciec, rodzic zastępczy, babcia, dziadek, małżonek)

□ zasiłek stały z pomocy społecznej w okresie od…………… do………………..

□ renta socjalna w okresie od …………….do………………….

□ renta rodzinna w okresie od………….. do…………………..

□ ubezpieczenie przez wójta, burmistrza, prezydenta w okresie od…………… do…………

**5. Planowane miejsce osiedlenia się osoby usamodzielnianej**

Po opuszczeniu ……………………..zamierzam się osiedlić? ( miejscowość, gmina, powiat)

…………………………………………………………………………………………………

🗆 zamieszkanie z rodziną biologiczną

🗆 wynajem pokoju/mieszkania

□ kupno mieszkania

□ uzyskanie lokalu z zasobów Gminy

□ inne, jakie ……………….. …………………………………………………………………

1. **Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych**

Po opuszczeniu ………………………………….oczekuję pomocy w :

□ uzyskaniu prawa do zamieszkania w mieszkaniu chronionym przez czas określony,

Termin realizacji...........................................................................................................................

□ całkowitym lub częściowym pokryciu wydatków związanych z wynajmem pokoju,

Termin realizacji...........................................................................................................................

□ ułatwieniu uzyskania mieszkania socjalnego z zasobów gminy,

Termin realizacji...........................................................................................................................

□ umożliwieniu zamieszkania w bursie lub internacie do czasu ukończenia nauki,

Termin realizacji...........................................................................................................................

□ całkowitym lub częściowym pokryciu wydatków związanych z zakwaterowaniem w trakcie nauki w szkole wyższej;

Termin realizacji...........................................................................................................................

**7. Podjęcie zatrudnienia ( rodzaj i miejsce)**

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Termin realizacji...........................................................................................................................

1. **Pomoc w uzyskaniu przysługujących świadczeń**
2. Zakres oczekiwanego wsparcia w uzyskaniu pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki, ………………………………………………………………

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Termin realizacji.....................................................................................

1. Zakres oczekiwanego wsparcia w uzyskaniu pomocy pieniężnej na usamodzielnienie,……………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Termin realizacji.....................................................................................

1. Zakres oczekiwanego wsparcia w uzyskaniu pomocy rzeczowej na zagospodarowanie………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Termin realizacji.....................................................................................

**9. Inne formy pomocy**

□ pomoc w uzyskaniu zatrudnienia

□ pomoc prawna w zakresie ………………………………………………………………….

□ wsparcie psychologiczne

□ pomoc w kontaktach z instytucjami

□ pozyskiwanie informacji o możliwych formach wsparcia i instytucjach wspierających

□ modyfikowanie indywidualnego programu usamodzielnienia;

□ nawiązanie kontaktów z rodziną.

**DEKLARACJA**

Zobowiązuję się do:

1. realizacji IPU zgodnie z jego postanowieniami
2. przeznaczenia pomocy na usamodzielnienie do zaspokojenia ważnych życiowo potrzeb tj. polepszenia warunków mieszkaniowych stworzenia warunków do działalności zarobkowej, w tym podniesienia kwalifikacji zawodowych, pokrycia wydatków związanych z nauką, z wyłączeniem wydatków na kontynuowanie nauki.
3. przedkładania w PCPR w Wejherowie, na początku każdego semestru zaświadczenia stwierdzającego kontynuowanie przez mnie nauki.
4. informowania opiekuna usamodzielnienia i PCPR w Wejherowie, o każdej zmianie sytuacji życiowej mającej wpływ na udzielaną pomoc
5. dokonywania zmian w IPU we współpracy z opiekunem usamodzielnienia oraz przedkładania ich do zatwierdzenia dyrektorowi PCPR.

Wejherowo, dnia ............................... roku

.............................................. .........................................

podpis osoby usamodzielnianej podpis opiekuna usamodzielnienia

**ZATWIERDZENIE INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA**

*Sprawdzono pod względem merytorycznym i formalnym dnia…………………………..r.*

 *………………………………………*

*Podpis osoby sprawdzającej*

*Zatwierdzam niniejszy program do realizacji*

 .............................................

*Data i podpis Dyrektora PCPR*

Załącznik nr 5

**ZMIANY W INDYWIDUALNYM**

**PROGRAMIE USAMODZIELNIENIA**

Informuję, że w sporządzonym przeze mnie Indywidualnym Programie Usamodzielnienia uległ zmianie punkt programu w zakresie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ZATWIERDZENIE ZMIAN do INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA**

*Sprawdzono pod względem merytorycznym i formalnym dnia…………………………..r.*

 *………………………………………*

*Podpis osoby sprawdzającej*

*Zatwierdzam niniejsze zmiany programu do realizacji*

 .............................................

*Data i podpis Dyrektora PCPR*